

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ И ПОВРЕЖДЕНИЙ

*Арестова И.М., Киселева Н.И., Жукова Н.П., Дейкало Н.С., Туравинова Т.Л.,
Бусенко А.И., Пулярова А.А.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

УЗ «Витебский городской клинический родильный дом №2»

Введение. Проблема своевременной диагностики ВУИ посвящено много научных работ, разработано большое количество разнообразных инструментальных и лабораторных тестов. Однако, по данным мировой литературы и на основании опыта нашей страны, достоверных критериев диагностики ВУИ еще не найдено, и окончательный диагноз в большинстве случаев ставится после рождения ребенка, на основании микробиологических и гистологических исследований. Клинические проявления ВУИ чрезвычайно разнообразны, поэтому в современной медицине особое значение имеет разработка наиболее информативных методов ее диагностики. Из неинвазивных методов пренатальной диагностики ВУИ наиболее информативными являются: эхография, доплерография, кардиография, УЗИ.

Цель. Исследование и выявление наиболее информативных эхографических маркеров ВУИ.

Материалы и методы. С целью выявления УЗИ-маркеров перинатального инфицирования и повреждения нами обследовано 150 беременных женщин. Были выделены 2 группы пациенток: 1-я (основная) — 100 беременных группы высокого риска реализации ВУИ и 2-я (группа сравнения) — 50 здоровых беременных. В зависимости от вида действующего инфекционного агента 1-я группа была разделена на 3 подгруппы. А-подгруппа — 33 беременные с наличием бактериальной инфекции, Б-подгруппа — 34 беременные с наличием вирусной инфекции, В-подгруппа — 33 беременные с наличием бактериально-вирусной (смешанной) инфекции.

Результаты и обсуждение. При эхографическом обследовании беременных контрольной группы патологических изменений фетоплацентарного комплекса выявлено не было. При эхографическом обследовании беременных основной группы были выявлены следующие эхографические признаки внутриутробного инфицирования: многоводие, маловодие, гиперэхогенная взвесь в околоплодных водах, изменения плаценты, пиелозклязия, вентрикуломегалия, гиперэхогенные включения в печени, гиперэхогенный фокус в полости левого желудочка, нарушения ритма сердца плода.

При ультразвуковом исследовании беременных группы высокого риска внутриутробного инфицирования плода нами были выявлены следующие изменения плацентарной ткани: повышение эхогенности базальной пластинки в 23,8% случаев, расширение субхориального пространства в 23,8%, инфаркты в 47,6%, расширение межворсинчатых пространств в 52,4%, кисты в 14,3%, увеличение толщины плаценты в 52,4%, преждевременное старение плаценты в 61,9%. Следует отметить, что сочетание двух из перечисленных признаков отмечалось у 17 (80,95%) женщин с эхографическими изменениями структуры плаценты. Сочетание 3 и более признаков отмечалось при микст-инфекции бактериальной и бактериально-вирусной этиологии.

В наблюдениях, когда было выявлено 5 эхографических признаков внутриутробного инфицирования (у двоих женщин с микст-инфекцией бактериальной этиологии и у одной пациентки с вирусно-бактериальной инфекцией), беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в сроке беременности 16-18 недель. Наиболее часто маркеры внутриутробных инфекций выявляются при микст-инфекции бактериальной и микст-инфекции бактериально-вирусной этиологии.

При микоплазменной инфекции нами не было отмечено ни одного наблюдения структурных изменений у плода (пиелозктазия и вентрикуломегалия). Редко они выявлялись и при наличии у беременной *Chlamidia trachomatis*. Из 17 беременных с выявленной микст-инфекцией бактериально-вирусной этиологии у 7 (41,18%) нами был обнаружен также гиперэхогенный фокус в полости левого желудочка, свидетельствующий о воспалительном поражении эндокарда сердца плода. Следует отметить, что у 4 из 7 этих беременных отмечалось нарушение сердечного ритма по типу экстрасистолии на фоне брадикардии в сроки 18-26 недель гестации. На фоне проводимого специфического лечения указанные изменения через 3-4 недели нами уже не отмечались. У 2 (11,1%) беременных с микст-инфекцией бактериально-вирусной этиологии нами были выявлены амниотические тужи в сроки 15-16 и 19-20 недель беременности. У обеих беременных произошел поздний самопроизвольный выкидыш с последующим выскабливанием полости матки (послеабортный период осложнился в одном наблюдении гематометрией и субинволюцией матки, в другом - эндометритом).

Особое внимание при ультразвуковом исследовании нами обращалось на данные фетометрии. У 42 (32,31%) беременных с выявленной генитальной инфекцией и высоким риском внутриутробного инфицирования плода при проведении стандартной и расширенной фетометрии был диагностирован синдром задержки роста плода. В клинической практике наиболее важно определить срок выявления СЗРП, определение его формы и степени тяжести в обследуемых подгруппах. У беременных с выявленной микст-инфекцией как бактериальной, так и вирусно-бактериальной этиологии, частота выявления СЗРП более чем в 2,8 раза выше по сравнению с моноинфекцией. Так, частота отставания плода в росте при хламидийной инфекции составляет 19,51%, а при смешанной инфекции бактериально-вирусной этиологии - 58,82%.

При анализе сроков выявления отставания плода в росте отмечена тенденция к более раннему формированию СЗРП по мере возрастания степени инфицирования беременной. Так, при хламидийной и микоплазменной инфекции СЗРП диагностируется уже в доношенные сроки беременности (37-41 нед), при микст-инфекции бактериальной этиологии - в 28-32 нед, при микст-инфекции бактериально-вирусной этиологии - 24-27 нед. При этом в последней подгруппе у трети беременных СЗРП диагностируется до 24 недель.

У беременных с выявленной микст-инфекцией вирусно-бактериальной этиологии частота выявления СЗРП симметричной формы составляет 70% и в этих наблюдениях сочетается с другими ультразвуковыми маркерами структурных аномалий плода (вентрикуломегалией, пиелозктазией, гиперэхогенным фокусом в полости левого желудочка и нарушениями ритма сердца). Следует отметить, что частота выявления асимметричной формы все же преобладает, что соответствует патогенетическим особенностям ФПН при внутриутробном инфицировании. При анализе степени тяжести выявленного СЗРП в исследуемых подгруппах

беременных с различными генитальными инфекциями нами были получены следующие данные.

У беременных группы высокого риска внутриутробного инфицирования плода преимущественно выявляется СЗРП II степени (50,0%). Однако по мере возрастания вирулентности выявляемых возбудителей степень тяжести СЗРП возрастает.

Выводы. Таким образом, у беременных высокого риска внутриутробного инфицирования плода характерны значительные морфологические и структурные изменения, как плаценты, так и плода, который может быть охарактеризован как эхографический симптомокомплекс внутриутробного инфицирования плода. Отмечается четкая корреляционная зависимость возрастания степени инфицированности беременной, вирулентности возбудителей (особенно вирусной - эмбриотропной - этиологии) с количеством выявляемых маркеров и степенью тяжести анатомо-эхографических изменений плаценты и плода.

Повышение частоты выявления синдрома задержки роста плода при микст-инфекции свидетельствует не только о нарушениях морфологии и функционального состояния плаценты, но и существенных метаболических изменениях в организме плода. Выявление синдрома ранее 24 недели беременности и сочетание его со структурными изменениями в организме плода (пиелозктазия, вентрикуломегалия, гиперэхогенный фокус в полости левого желудочка) при наличии у беременной генитальной инфекции может свидетельствовать о прямом повреждающем воздействии возбудителей, их токсинов и продуктов жизнедеятельности на ткани развивающегося плода.

Литература:

1 Перинатальные инфекции. практ пособие / под ред. А.Я.Сенчука, З.М.Дубоссарской. - М., МИА, 2005. - 318 с.

2 Ткаченко, А. К. Современные аспекты клиники, диагностики, лечения внутриутробных инфекций у новорожденных: учебно-методическое пособие / А. К. Ткаченко. - Минск: Издательство БГМУ, 2007. - 62 с.